

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

410
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Monique MARTIN

Née le 31 Août 1932, à Fécamp (Seine Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 1963

**RECHERCHE SUR LES PROFILS
OBTENUS A L'INVENTAIRE MULTIPHASIQUE
DE PERSONNALITE DU MINNESOTA
DANS UN SERVICE D'ALCOOLIKES CHRONIQUES**

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MARTIN

Prénom : MONIQUE

Date de soutenance : 13 mai 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

MARTIN (MONIQUE) — Recherche sur les profils obtenus à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, dans un service d'alcooliques chroniques. — Paris, Imp. R. Foulon & C^{ie}, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

MARTIN (MONIQUE) — Recherche sur les profils obtenus à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, dans un service d'alcooliques chroniques. — Paris, Imp. R. Foulon & C^{ie}, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

MARTIN (MONIQUE) — Recherche sur les profils obtenus à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, dans un service d'alcooliques chroniques. — Paris, Imp. R. Foulon & C^{ie}, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

MARTIN (MONIQUE) — Recherche sur les profils obtenus à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, dans un service d'alcooliques chroniques. — Paris, Imp. R. Foulon & C^{ie}, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153701_0079

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Monique MARTIN

Née le 31 Août 1932, à Fécamp (Seine-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 1963

**RECHERCHE SUR LES PROFILS
OBTENUS A L'INVENTAIRE MULTIPHASIQUE
DE PERSONNALITE DU MINNESOTA
DANS UN SERVICE D'ALCOOLIKES CHRONIQUES**

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	MERGER (R.).
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-physiologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	ROUX (M.)
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	GAULTIER (M.)
Séméiologie médicale	PADOVANI (P.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	DOMART (A.)
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHT (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :
 MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :
 MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m. conf.*; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :
 MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
 ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phtisiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
 FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :
 MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
 (A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

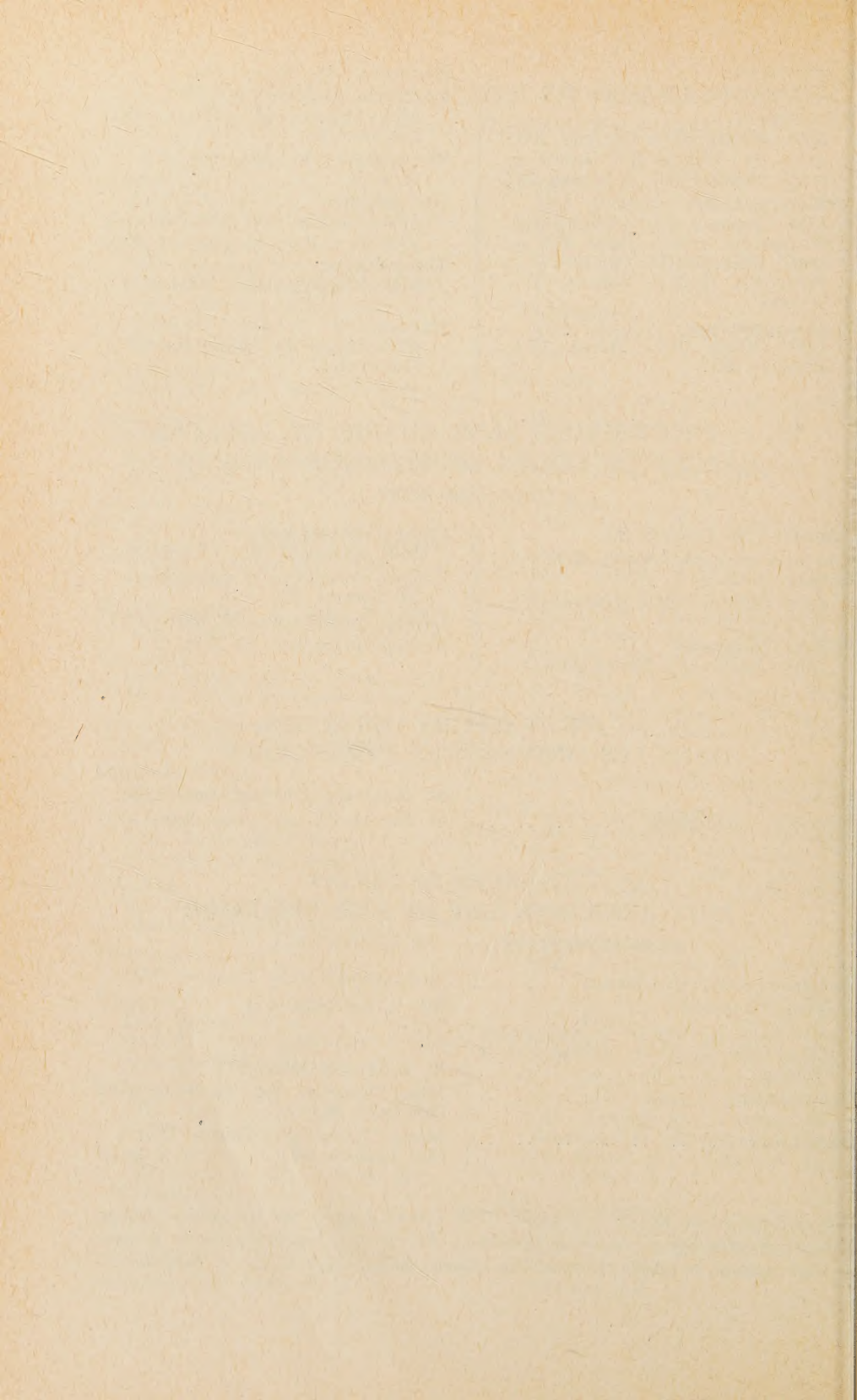
Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
 Conservateur du Musée d'Histoire de la
 Médecine M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
 QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
 Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Directeur de l'Institut de Psychologie

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre jury
de thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBLINEAU

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé de ses conseils
précis.*

A TOUS LES MEMBRES DU SERVICE

*Pour l'aide précieuse qu'ils nous ont
si aimablement apportée.*

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR DAILLY

MONSIEUR LE DOCTEUR DELAPORTE

MONSIEUR LE DOCTEUR JOUANNOT

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURET

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMERCIER

A NOS MAITRES D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPONT

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBLINEAU

*Dont nous avons pu apprécier les
conseils et l'enseignement, et qui ont tou-
jours bien voulu nous réserver le meil-
leur accueil.*

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Sur les conseils de Monsieur le Docteur DUBLINEAU, nous avons profité de notre passage au Service Spécial de Ville-Evrard pour mettre au point, sous la direction de ce dernier, les résultats obtenus à l'« inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota » pratiqué dans le service depuis plusieurs années.

Ces éléments font partie d'un ensemble dont nous rappellerons, en matière d'introduction, quelques données relatives au recrutement, à l'état typosomatique et aux questions réadaptatives que pose le cas des alcooliques chroniques récidivistes pris en charge au Service Spécial de Ville-Evrard.

* *

A. — CARACTERISTIQUES DU RECRUTEMENT

Il s'agit d'alcooliques chroniques, donc essentiellement de sujets présentant des troubles caractériels avec interactions conjugales et sociales entraînant chômage et parfois délinquance.

Ils posent souvent un problème de réadaptation sociale.

Pourtant, leur niveau intellectuel s'avère généralement moyen ou satisfaisant.

Il est donc naturel de faire, chez ces malades, un bilan caractérologique, complété au besoin par une enquête typologique.

B. — INVESTIGATIONS D'ORDRE TYPOCARACTEROLOGIQUE

1) SUR LE PLAN TYPOLOGIQUE

Les recherches menées depuis plusieurs années ont abouti à mettre en évidence certaines composantes morphologiques ou psychophysiologiques : en particulier à l'individualisation du concept de « rétraction » typologique. Rappelons que ce facteur implique l'importance dans les structures morbides des problèmes de dysrythmie et de convulsivité.

2) SUR LE PLAN SOMATOMORBIDE

L'importance, dans le complexe de certains alcooliques chroniques, de l'ulcus gastrique a été mise en évidence.

3) SUR LE PLAN AFFECTIF

Des liaisons ont été recherchées entre les données précédentes et certains tests psychologiques, en particulier le test de Rorschach.

C. — MAIS LE PROBLEME ESSENTIEL RESTE CELUI DE LA READAPTATION SOCIALE

Il constitue l'objectif et l'impératif majeurs du service. Ce problème a fait l'objet d'essais divers en matière d'ergothérapie, de réemploi externe et d'hébergement. Ces essais ont fait l'objet de publications antérieures (M. DUBLINEAU, HONORÉ, HIVERT, Mlle GUINNARD).

D. — DANS LE PRESENT TRAVAIL

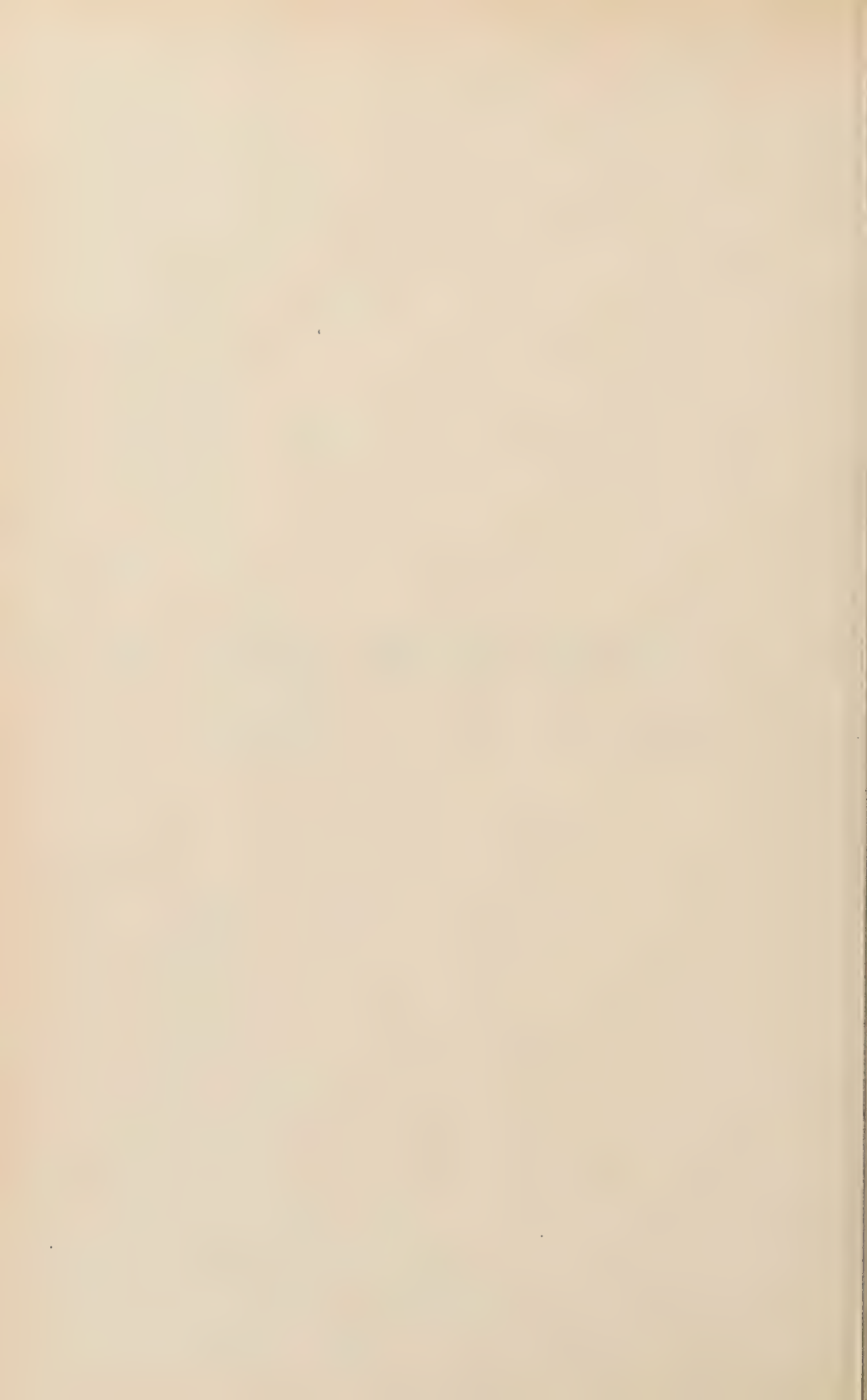
Nous nous proposons de reprendre le problème à propos d'essais relatifs à l'utilisation de l'inventaire de personnalité avec étude de quelques inférences sur le plan du pronostic réadaptatif.

Dans cet esprit, nous envisagerons trois parties successives :

- I : *Etude de la moyenne générale de l'échantillonnage.*
- II : *Répartition des réponses en fonction de certaines rubriques caractérologiques.*
- III : *Répartition des réponses en fonction des problèmes de réadaptation sociale.*

PREMIERE PARTIE

L'alcoolique chronique récidiviste
Rappel de quelques données



CHAPITRE I

DONNEES STATISTIQUES

A. — RECRUTEMENT DU SERVICE

Le service n'étant pas sectorisé, reçoit en plus du contingent qui lui est adressé par le service de l'admission de Sainte-Anne :

- d'une part, des malades transférés, en provenance des autres hôpitaux psychiatriques de la Seine : ces malades ont parfois déjà subi plusieurs cures avant leur hospitalisation dans le service. Ils sont adressés avant tout pour des fins éventuelles de réadaptation sociale;
- d'autre part, des malades admis à titre de placement volontaire direct, venus spontanément pour suivre une cure dans le service, que nombre d'entre eux connaissent d'ailleurs déjà. On ne fera dans cet exposé aucune différence entre les divers modes de placement.

B. — MOUVEMENT STATISTIQUE DU SERVICE SPECIAL EN 1960 ET 1961

Les alcooliques chroniques se présentent sous des aspects assez divers. Ils sont en fin de séjour classés sous les rubriques psychiatriques de la syndromatique classique avec, bien

entendu, les réserves que suscite une telle classification. Les malades ont été classés comme suit pour les années 1960 et 1961 :

	1960	1961
Oligophrénie	5	5
Troubles du caractère à type d'impulsivité	170	168
Déséquilibre psychique (instabilité, déséquilibre émotionnel).	162	157
Asthénie et psychasthénie	3	2
Etats dépressifs	25	35
Etats confusionnels et délirs aigus	113	137
Délirs chroniques	2	5
Affaiblissement	10	18
Alcoolisme simple, sans troubles du caractère	74	38
Déchéance sociale	67	89
Convulsivité (épilepsie simple)	1	5
<i>Totaux :</i>	632	659

CHAPITRE II

RAPPEL DE QUELQUES PROBLEMES LIES A L'ALCOOLIQUE CHRONIQUE RECIDIVISTE

A. — LA DECHEANCE SOCIALE DU BUVEUR CHRONIQUE

Au Service Spécial, dont le recrutement vient d'être précisé, les alcooliques chroniques posent avant tout un problème de réadaptation sociale.

En effet, si leur niveau intellectuel s'avère presque toujours moyen ou satisfaisant, l'intoxication chronique entraîne ou accentue les troubles caractériels, diminue la résistance physique et précipite la déchéance sociale. Sans insister sur le tableau de ces malades qui n'est que trop classique, nous en rappellerons pour le principe quelques données.

a) CE SONT TOUT D'ABORD LES INTERACTIONS CONJUGALES

Elles se soldent par un divorce ou une séparation plus ou moins rapide; compensés soit par un remariage souvent de courte durée, soit par une ou plusieurs liaisons successives jusqu'au jour où l'alcoolique chronique est définitivement coupé du milieu familial.

b) SUR LE PLAN DU TRAVAIL

Les conséquences peuvent se faire sentir plus lentement, mais les absences fréquentes, les accidents de travail répétés,

les altercations avec les coéquipiers entraînent à plus ou moins brève échéance le renvoi du buveur. L'instabilité professionnelle s'accroît. Les dernières places sont occupées six mois, un mois, quinze jours. A ce stade, le malade finit par accepter n'importe quel travail et perd sa spécialisation s'il en avait une. Plus tard encore, il s'inscrit au chômage, parfois il sombre dans la délinquance (violences, vagabondage, etc.).

C'est ainsi qu'on aboutit à ces types de sujets vivant au jour le jour, de corvées occasionnelles, isolés, logés de façon précaire à l'hôtel ou dans des centres, alors qu'ils étaient naguère normalement insérés dans leur vie familiale et sociale.

B. — ESSAIS DE READAPTATION

C'est dans cette perspective de déchéance sociale et professionnelle qu'est tentée, au Service Spécial, la réadaptation du malade.

a) En effet, quelle que soit la durée de l'hospitalisation, la *sortie* reste pour ces malades un problème : sans logement, sans certificat de travail récent, le malade échoue le plus souvent dans sa tentative de reclassement et il n'a rien de plus pressé, s'il a échappé à la délinquance, que de se réfugier à nouveau à l'hôpital.

b) C'est pourquoi, depuis quelques années, un « *foyer de travailleurs libres* » a été organisé. Il s'agit de malades sortis administrativement, qui travaillent à l'extérieur dans des emplois trouvés par eux-mêmes ou plus souvent par les moniteurs du service en relation avec certains employeurs, mais auxquels l'hôpital assure le gîte et le couvert. Plus tard, bien adaptés à leur travail, ils quittent l'hôpital.

c) Depuis septembre 1961, fonctionne en outre, indépendamment du foyer du service mais en liaison avec ce dernier, un *foyer extérieur à l'hôpital*, avec prise en charge par la

Sécurité sociale : c'est le « *foyer de Chelles* » où les malades peuvent être hébergés pour une durée variant de trois à six mois.

d) Il s'agit là d'abord d'un *encadrement médico-social* et d'un encadrement, nous y insistons, prolongé. Des consultations sont régulièrement assurées au foyer de Chelles. Mais il s'agit aussi et surtout d'un *encadrement socio-professionnel* : le malade a un travail en dehors des foyers. Il a un logement assuré. Enfin, il fait partie d'un groupe, le groupe des travailleurs libres.

e) L'expérience a montré, depuis la création de ces foyers, que ce mode de sortie justifiée est souhaitée par certains malades que découragent les difficultés rencontrées lors des sorties précédentes.

Toutefois, tous les malades ne sont pas accessibles à ce genre d'assistance, même si objectivement ils paraissent en relever.

Il y a donc un problème de *besoin*, inégalement ressenti suivant les cas et, à tout le moins, un problème d'*acceptation*.

— De quels malades s'agit-il ? Ici, le problème reste entier, et c'est une des raisons pour lesquelles s'est posé le problème de leur individualisation. Y a-t-il des éléments qui permettent de les différencier ?

— Comme on le verra par ce qui suit, les éléments de réponse restent pauvres. Mais le mérite de la question ainsi posée aura été de procéder à des investigations caractérologiques d'ordre plus général.

— Dans les limites malheureusement modestes du service, il a donc été procédé à des recherches complémentaires d'ordre caractérologique. C'est le résultat de ces recherches qui fait l'objet de ce qui suit.

DEUXIEME PARTIE

**Etude caractérologique
des alcooliques chroniques au Service Spécial
de Ville-Evrard**

CHAPITRE 1

ETUDE TYPOCARACTEROLOGIQUE GENERALE

A. — VARIETES CARACTEROLOGIQUES

Deux grandes catégories se dégagent dans le recrutement du Service Spécial des Buveurs à Ville-Evrard.

a) Les états étiquetés « TROUBLES DU CARACTÈRE ET DU COMPORTEMENT » (mentalité « psychopathique » de certains auteurs). Il s'agit dans ces cas (170 sur 632 entrées en 1960; 168 sur 659 en 1961) de sujets violents, impulsifs, en général de forte complexion, avec tendances « athléticoïdes » au point de vue morphologique.

b) Les états étiquetés « DÉSÉQUILIBRE PSYCHIQUE » (mentalité « névrotique » de certains auteurs) : 162 en 1960; 157 en 1961. Il s'agit alors d'instables, avec labilité de l'émotivité, asthénoidie morphologique relative, composantes hystéropathiques fréquentes, fréquence des réactions de suicide ou automutilatrices, plutôt que des réactions agressives avec, assez souvent, délinquance mineure.

c) EN DEHORS DE CES ÉTATS se situent des états rencontrés à l'occasion d'excitations plus ou moins confusionnelles (113 cas en 1960; 137 cas en 1961). Ils sont souvent en relation avec un fond plus ou moins cyclothymique.

B. — DETERMINATIONS TYPOLOGIQUES

Dans le cadre des déterminations typologiques, comme il a été souligné dans l'introduction, on voit se manifester, en dehors des composantes athlétoides ou asthénoides, l'importance des composantes de « rétraction ». Sur ces composantes, le Docteur DUBLINEAU a insisté au cours de publications diverses, après en avoir individualisé les caractères biométriques essentiels.

a) COMPOSANTES DE RÉTRACTION

Ces composantes sont en relation avec l'orientation dysrythmique d'un grand nombre de buveurs chroniques. Une telle orientation est à la fois, elle-même, constitutionnelle et acquise :

- *Constitutionnelle* : le sujet se défend mal contre ses impulsions à boire.
- *Acquise* : l'abus de boisson réduit les capacités d'inhibition de l'écorce et renforce par conséquent la tendance aux impulsions. En outre, on relève la fréquence des antécédents crânio-traumatiques, qu'accentue encore l'orientation impulsive des individus. En 1961, pour 625 malades internés dans le service, on a observé 100 cas d'anciens traumatisés crâniens (16%).

b) L'ÉTUDE ANTHROPOMÉTRIQUE DES ALCOOLIQUES CHRONIQUES

Elle ne peut donc suffire pour une étude typologique. C'est l'étude psychologique corrélative, plus sensible aux déformations liées à l'intoxication qui met en évidence, mieux que l'investigation anthropométrique, l'importance des facteurs psychiques de rétraction. Les facteurs psychologiques sont caractérisés par la médiocrité des facteurs extéroceptifs, avec prévalence (absolue ou relative) de l'intéroceptivité sur l'extéroceptivité.

La notion d'intéroceptivité s'intègre dans le cadre général classique de l'introversion, mais cette dernière comprend au moins deux ordres de faits :

- d'une part, elle se rattache à tout ce que l'on a décrit naguère sur le plan morbide de la schizophrénie, c'est-à-dire qu'elle relève de l'« autisme » traditionnel. En termes plus généraux, elle est liée alors à des composantes asthénoides de l'individu. L'autisme y apparaît en somme comme la forme pathologique de la « réflexion », entendue au sens le plus général;
- d'autre part, elle groupe les faits relevant de l'intéroceptivité proprement dite. Cette dernière se rattache à l'ensemble de la cénesthésie profonde, allant des formes les plus élémentaires de l'intuition aux états cénesthopathiques et, par eux, hypocondriaques.

C. — TROUBLES SOMATOMORBIDES

Ce qui précède explique l'importance chez l'alcoolique chronique des *troubles somatomorbides*. Ces derniers relèvent également d'un double mécanisme :

- d'une part, une tendance à l'intéroceptivité et au malaise corporel qui va de pair avec cette dernière;
 - d'autre part, une accentuation de ces troubles par les abus de boisson. L'étude de l'ulcus gastrique chez les alcooliques chroniques constitue l'un des éléments de ces facteurs somatomorbides.
-

CHAPITRE II

ETUDE PSYCHOEXPERIMENTALE

En matière de psychologie expérimentale, nous nous bornerons à deux ordres de problèmes :

- l'exploration projective par le test de Rorschach;
- l'exploration par les questionnaires ou inventaires caractériels.

A. — L'EXPLORATION PROJECTIVE

Des études entreprises dans le service par le Docteur DUBLI-NEAU et Mme SOBOUL sur le test de Rorschach, ont montré que les facteurs de rétraction pouvaient se révéler aux tests par des caractères particuliers. Ces auteurs insistent sur :

- la *pauvreté numérique* avec *médiocrité structurale des interprétations* ;
- l'*absence* des perceptions colorées aux dernières planches ou, à défaut, sur leur caractère élémentaire et non intégré;
- la *réactivité* (sous des modes divers, qu'il ne peut être question de préciser ici) aux planches II et III. Cette réactivité peut être mise en relation avec les virtualités impulsives;
- la *pauvreté kinesthésique*, avec fréquence des states-thésies;
- la possibilité d'interprétations à type d'explosivité.

B. — LE QUESTIONNAIRE CARACTERIEL

Il constitue un second mode d'abord de la personnalité. Nous l'étudierons plus longuement ici.

I) Sans insister sur l'*historique* complet de la question, nous rappellerons que de nombreux questionnaires ont été élaborés, dont le détail figure dans la référence fondamentale de MAY et HARTSHORN.

II) De tous les questionnaires publiés, l'un des plus souvent utilisés a été le *questionnaire de Woodworth* de 60 questions. Ce questionnaire a été repris en 1932 par Mlle COURTHIAL, MM. HEUYER, DUBLINEAU et NÉRON. Les questions y sont groupées en fonction des tendances suivant la doctrine constitutionnelle qui régnait à l'époque :

- a) émotive;
- b) obsessionnelle;
- c) schizoïde;
- d) paranoïaque;
- e) dépressivo-hypocondriaque;
- f) impulsive;
- g) instable;
- h) antisociale.

Par la suite, le mode d'interprétation dans le dépouillement du questionnaire a été modifié par M. DUBLINEAU¹. Le groupement des tendances y est réduit à deux rubriques principales : la première se réfère aux états de structure plutôt émotionnelle ($a + b + c$); la seconde, aux états de structure plutôt impulsive (tendances : $d + e + f$). C'est surtout l'étude relationnelle faite du rapport $a + b + c/d + e + f$ qui permet une évaluation de la tendance prévalente.

(1) Thèse de CATTEZ, Lille, 1934.

Chacune des deux rubriques peut en effet être interprétée comme l'expression psychopathologique des deux structures fondamentales (émotivité, activité) à la base de la caractérologie de HEYMANS et WIERMSA. Certes, le facteur de « primarité/secondarité » de LE SENNE n'y est pas explicité, mais on peut le retrouver virtuellement dans l'analyse numérique de chacune des tendances prises individuellement. Il est évident, par exemple, que la note impulsive (*f*) va très souvent de pair, en vertu même du ralentissement impliqué dans les phases intercalaires, avec des facteurs de secondarité.

Dans le questionnaire Woodworth-Heuyer ainsi interprété, les tendances *g* et *h* (instabilité et associalité) gardent leur valeur intrinsèque et peuvent être étudiées pour elles-mêmes.

Tel quel, ce questionnaire demanderait naturellement à être repris à la lumière de l'expérience des autres questionnaires et des progrès de la caractérologie depuis la date où il a été élaboré. Il garde l'avantage d'être de passation facile et rapide. Cette passation, effectuée dans certaines conditions techniques, fournit en outre un certain nombre de renseignements complémentaires. Toutefois, seul, il est insuffisant et doit être étudié en relation lui aussi avec un test projectif (test de Rorschach en particulier).

A titre documentaire, signalons que le Professeur CRÉMIEUX (Marseille) a rappelé récemment l'utilité du questionnaire de Woodworth-Heuyer utilisé au centre d'observation de Marseille (Château-Guys).

III) D'autres questionnaires ont été utilisés. Nous nous contenterons de renvoyer à cet effet, et entre autres, à l'ouvrage d'EYSINK, ainsi qu'à l'ouvrage général de CATELL sur la personnalité.

IV) Dans le Service Spécial des Alcooliques de Ville-Evrard, des questionnaires concrets ont été mis au point il y a plusieurs années, selon des critères moins caractérologiques que psychosomatiques et sociaux.

Ces questionnaires ont fait l'objet de publications antérieures du Docteur DUBLINEAU avec le Docteur ANGELERGUES,

puis avec le Docteur HONORÉ. Il ne s'agit pas, répétons-le, de questionnaires caractérologiques à proprement parler. D'ailleurs, ces questionnaires n'ont jamais été considérés comme tels : si nous y faisons allusion ici, c'est parce qu'ils soulèvent un problème doctrinal important. En s'efforçant de s'en tenir à des données strictement objectives, il semble possible de cerner certains aspects structuraux de la personnalité. C'est un des intérêts du recensement des petits signes somatiques, dans leurs relations avec les structures caractérielles de l'individu, que de pouvoir être saisi par un questionnaire, sans risques excessifs de déformations subjectives.

Dans une publication avec le Docteur HONORÉ, le Docteur DUBLINEAU a montré que le besoin de soif se relie en termes techniquement valables aux structures athlétoides. Mais ce n'est là qu'un exemple des inférences que l'on peut tirer d'un questionnaire systématique à fondement somatique. (A condition, répétons-le, de le considérer le plus possible en relation avec d'autres types d'investigations typostructurales.)

V) C'est un des reproches que l'on fait habituellement aux questionnaires, que l'insincérité du sujet à l'occasion de ces derniers. C'est pourquoi les auteurs se sont efforcés de rechercher, dans la construction des questionnaires, la mise en évidence et le degré probable de cette insincérité.

Sans doute est-ce là une des raisons qui ont contribué à assurer le succès de l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota dont il nous reste à parler maintenant.

CHAPITRE III

ETUDE CARACTEROLOGIQUE PAR L'INVENTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITE DU MINNESOTA

A. — CARACTERISTIQUES GENERALES

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) a été élaboré par HATHAWAY et M.C. KINLEY, entre 1940 et 1943, dans le cadre de l'Université du Minnesota.

Par la suite, ont paru : en 1951, l'atlas de HATHAWAY et MEEHL, l'ouvrage de DELAY, PICHOT et PERSE en 1955, le livre de WELSH et DAHLSTROM en 1956, et enfin le « MMPI » ou « inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota » traduit et adapté par J. PERSE, augmenté des résultats de l'éta-lonnage français.

I) NATURE DU TEST

Ce test comprend 550 questions, réparties en 26 rubriques. Ces rubriques intéressent : la santé générale, les manifestations sensorimotrices. Elles groupent des questions relatives au fonctionnement somatique de l'individu, à son humeur, à ses tendances névrotiques, à son état sexuel, à ses opinions relativement à la famille, la religion, la vie sociale, la morale géné-

rale. Un certain nombre de questions essaient de mettre en évidence des situations assez peu vraisemblables, et contribuent à jeter un jour sur la sincérité du sujet.

Le sujet doit classer les fiches sous trois réponses : *vrai*, *faux*, *je ne sais pas*.

Les questions sont groupées pour le dépouillement en « échelles » cliniques : 9 échelles ont été ainsi individualisées :

- hypocondrie;
- dépression;
- hystérie;
- déviation psychopathique;
- masculinité - féminité;
- paranoïa;
- psychasthénie;
- schizophrénie;
- hypomanie.

Il est bien spécifié que ces échelles ne sont pas définitives, les questions peuvent être groupées en un nombre d'échelles pratiquement illimité.

L'inventaire a été appliqué dans certains cas sous forme collective, mais dans le service, il a été utilisé sous la forme individuelle classique.

II) DEPOUILLEMENT

Des grilles permettent le dépouillement des réponses. Les résultats bruts sont corrigés par un certain nombre de coefficients. L'ensemble est rapporté à une table qui permet l'établissement d'un *profil*. Ce profil comprend deux parties :

- l'une reproduit la série des échelles caractérologiques;
- l'autre tient compte de plusieurs facteurs ($?$, L , F , K).

En dehors du profil, le résultat peut être codé dans des conditions sur lesquelles nous n'insisterons pas, et qui sont détaillées dans le manuel de l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota.

III) TYPES DE PROFILS OBTENUS

MM. DELAY, PICHOT, PERSE ont décrit un certain nombre de profils types. Ces auteurs basent leur description sur l'étude de trois éléments principaux dans ces profils, à savoir :

- l'élévation;
- la pente;
- le caractère phasique.

- L'ÉLEVATION représente l'écart entre le profil obtenu par le malade et le profil moyen.

- LA PENTE apprécie l'inclinaison de ce profil, en partant des notes des échelles *Hs*, *D*, *Hy*, pour arriver aux notes des échelles *Sc*, *Ma*, *Si*; on parle ainsi de pente ascendante ou descendante.

- LE CARACTÈRE PHASIQUE permet de distinguer :

1) *Des profils monophasiques :*

- où une note plus élevée se détache nettement de l'ensemble;
- où plusieurs notes consécutives sont élevées par rapport au reste du profil.

2) *Des profils diphasiques :*

- réalisant des courbes en « U » si deux notes non consécutives sont élevées;
- plus fréquemment, ce sont deux groupes de notes qui se détachent du reste du profil.

3) *Des profils en plateau :*

- où l'élévation des notes est générale et régulière.

4) *Des profils « flottants » :*

- cas du profil en plateau, mais où l'élévation de toutes les notes est supérieure à 70.

Enfin, les auteurs notent deux aspects assez remarquablement évocateurs de ces profils :

- Le *premier* correspond à une élévation des notes des échelles *Hs*, *D*, *Hy* que les auteurs considèrent comme un aspect névrotique, en parlant alors de la « triade névrotique ».
- Le *second* correspond à une élévation des notes des échelles *Pa*, *Pt*, *Sc*, considérée comme un aspect psychotique : c'est la « triade psychotique ».

B. — RESULTATS OBTENUS AU SERVICE SPECIAL DE VILLE-EVRARD

La présente étude porte sur 233 épreuves pratiquées dans le service. Les malades n'ont pas fait l'objet d'un choix systématique; toutefois se sont naturellement trouvés éliminés de l'échantillonnage les malades illettrés, débiles ou déficients. Comme il est rappelé au début de ce travail, il s'agit là d'une minorité, la plupart des alcooliques hospitalisés ayant un niveau scolaire suffisant pour pouvoir répondre aux questions posées.

Les examens ont été effectués au cours des années 1959, 1960, 1961, 1962. L'âge moyen des malades au moment de la passation est 38 ans. Les dépouillements ont été effectués pour la plus grande partie par PESIER, attaché au secrétariat du service et plus particulièrement chargé de la statistique, que nous remercions de sa dévouée collaboration.

Les épreuves ont toujours été pratiquées dans les mêmes conditions : un ou deux malades se trouvent assis devant des tables différentes dont la disposition permet une observation indirecte tout en évitant à ces derniers le sentiment d'une surveillance systématique.

Nous étudierons successivement :

- la moyenne générale de l'échantillonnage;
- la répartition des réponses en fonction de certaines rubriques caractérologiques;
- la répartition des réponses en fonction des problèmes de réadaptation sociale, tels qu'ils sont abordés dans le service.

I) MOYENNE GENERALE

a) La moyenne générale s'inscrit autour de la moyenne statistique avec, dans cette moyenne, une légère pointe d'élévation à la rubrique « déviation psychopathique » et un léger déficit pour la tendance « détermination sexuelle ». Ces deux déviations du profil sont d'ailleurs peu marquées.

— Dans l'ensemble, la note moyenne se situe au-dessus de la note limite du profil.

— Les chiffres obtenus sont les suivants, en moyenne arithmétique :

?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
57	57	51	54	52	55	54	62	49	57	53	55	52	51

b) De l'ensemble des courbes étudiées, il ressort que ce profil moyen s'apparente à celui des *personnalités psychopathiques*, tel qu'il figure dans l'ouvrage de MM. DELAY, PICHOT et PERSE.

Il s'agit, en effet, d'une courbe :

- à élévation faible;
- à pente descendante;
- monophasique.

Le chiffre maximum se situe toujours au niveau de l'échelle *Pd*, sans qu'apparaisse jamais d'entraînement au niveau de l'échelle *Mf*. Par ailleurs, on ne met en évidence ni triade névrotique ni triade psychotique.

II) REPARTITION DES REPONSES EN FONCTION DE CERTAINES RUBRIQUES CARACTEROLOGIQUES

Nous avons classé nos réponses en trois catégories, en mettant en liaison les résultats obtenus au questionnaire et les groupes de malades classés au cours de la statistique annuelle sous les rubriques :

- troubles du caractère;
- déséquilibre psychique;
- autres malades.

Nous rappelons que les deux premières rubriques se réfèrent aux cas dont nous avons donné la physionomie générale au début de ce travail.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

a) TROUBLES DU CARACTÈRE ET DU COMPORTEMENT

Cette rubrique comporte 72 malades dont l'âge moyen au moment de la passation du test est 39 ans. Les résultats sont les suivants :

?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
58	57	49	55	52	53	52	60	47	54	50	52	49	50

Les malades étiquetés sous la rubrique « troubles du caractère et du comportement » suivent donc dans l'ensemble le dessin de la courbe générale. Mais tous les chiffres sont inférieurs à ceux qui correspondent à ceux de la moyenne générale, sauf les chiffres des valeurs (K) et (?).

b) DÉSÉQUILIBRE PSYCHIQUE

Cette rubrique comporte 77 malades, dont l'âge moyen est de 36 ans. Les résultats sont les suivants :

?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
55	59	53	55	55	57	58	66	52	60	56	57	55	51

Dans cette série, tous les chiffres sont légèrement supérieurs à ceux de la moyenne générale de l'échantillonnage (sauf pour la dernière rubrique *Si*, qui est voisine de celle de la moyenne générale. Il faut noter l'élévation du chiffre de la rubrique (*L*) qui laisse penser que les autres notes sont probablement sous-estimées.

c) AUTRES MALADES

Pour les 84 malades restants, la moyenne d'âge est 39 ans. Les résultats sont les suivants; ils suivent donc à peu près ceux de la moyenne générale :

?	<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Mf</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>
59	55	53	51	50	55	52	61	48	57	54	56	52	52

III) RELATIONS ENTRE LES DONNEES CLINIQUES ET LES DONNEES EXPERIMENTALES

De ce qui précède résulte que les malades étiquetés cliniquement sous la rubrique « Troubles du caractère » avec impulsivité sont relativement pauvres dans l'expression de leurs tendances. C'est le contraire que l'on observe pour les malades classés sous la rubrique « Déséquilibre », avec cette réserve que les chiffres obtenus pour cette deuxième catégorie sont peut-être encore supérieurs à la réalité.

Que ceci soit vrai pour la quasi-totalité des rubriques nous paraît conférer à l'ensemble, en dépit de l'absence de critères mathématiques, une valeur particulière.

Cette valeur prend une signification, à notre avis plus grande encore, quand on met les résultats ci-dessus obtenus en parallèle avec ceux qui ont été observés naguère chez les pensionnaires de l'internat médico-pédagogique d'Armentières par MM. DUBLINEAU et CATTEZ, et qui figurent dans la thèse de CATTEZ.

Les auteurs ont appliqué le questionnaire de Woodworth-Heuyer à 58 garçons pensionnaires de la section caractérielle

de l'Institut, qu'ils ont pu observer plusieurs mois et années, et pour lesquels les tests ont été mis en relation avec le relevé des infractions quotidiennes de discipline pour chaque enfant considéré.

L'analyse des résultats avait montré à l'époque que des chiffres élevés dans la zone I du questionnaire (tendances $a + b + c$) est en relation avec une turbulence marquée, turbulence en rapport elle-même avec des états de déséquilibre psychique plus ou moins névrotique.

Inversement, lorsque le comportement impulsif dominait, on observait un chiffre généralement faible des tendances, avec prédominance du secteur 2 (tendances $d + e + f$). Les enfants à note impulsive commettent des fautes moins nombreuses, mais plus importantes que celles des enfants précédents. On peut admettre que dans leur cas, il s'agit d'enfants calmes, mais d'enfants trop calmes (en fait apathiques). Chez eux, on se trouve en présence d'un déficit caractériel. Tout se passe comme si ce déficit se traduisait en fait par l'insuffisance numérique des tendances au questionnaire, en d'autres termes il manque à ces sujets quelque chose, ce quelque chose qui serait capable de limiter leur impulsivité et de normaliser leur comportement social.

Ces faits avaient servi de base à des études typologiques et sociologiques sur lesquelles nous ne pouvons insister ici. Mais nous rappellerons surtout qu'ils ont permis l'établissement d'un plan de clivage dans l'interprétation des tracés obtenus en sens de l'approche réflexivo-constitutionnelle des mêmes sujets. Nous renvoyons sur ce point aux tracés publiés tant au Premier Congrès de Psychiatrie Infantile, que trois ans plus tard dans la *Revue de Biotypologie*.

Au terme de cette étude, les tracés réflexologiques de réactivité apparaissent comme très différents selon que le sujet relève des structures émotionnelles ou impulsives.

En fait, le développement des études ultérieures a montré que ces formes de tracés posaient, en termes plus généraux, les problèmes des rythmes de base dans l'activité de l'individu.

Pour en revenir au problème qui nous occupe ici, il nous a paru intéressant de retrouver chez l'adulte présentant des troubles du caractère, par le MMPI, des modes de liaisons comparables à ceux qui avaient été observés avec le questionnaire de Woodworth et Heuyer chez l'enfant, pour des sujets observés en internat médico-pédagogique.

TROISIEME PARTIE

**L'inventaire multiphasique de personnalité
du Minnesota
et les problèmes de réadaptation sociale
chez les alcooliques chroniques**

CHAPITRE 1

L'ETUDE PSYCHOCARACTERIELLE ET LE PROBLEME DE LA READAPTATION SOCIALE

Dans le problème de la réadaptation sociale, la première question qui se pose est la suivante : si l'on procure au sujet un gîte et un emploi :

1° Le sujet « tiendra-t-il » dans le gîte qu'on lui offre et la place qu'on lui propose ?

2° « Tenant ou ne tenant pas », reprendra-t-il, ou non, ses abus ?

En pareille matière, le nombre des déceptions est, hélas ! considérable.

De ces dernières, certaines sont prévisibles, d'autres ne le sont pas. Elles surprennent un ensemble de techniciens vivant au contact du buveur et qu'on pourrait, comme tels, supposer avertis.

Dans le service, les décisions de prise en charge pour la réadaptation ne sont jamais prises par une seule personne : il y a non seulement les investigations médicales, mais aussi l'avis du personnel soignant et ergothérapique. Les uns et les autres ou se laissent abuser, ou inversement ont parfois la surprise de conversions heureuses sur lesquelles ils ne comptaient pas. La tentation est grande, dans ces conditions, de demander aux tests un élément éventuel d'appoint pour l'établissement du pronostic.

B. — ETUDE COMPAREE DES COURBES EN FONCTION DES RECHUTES SURVENUES EN COURS DE READAPTATION

Trois groupes parmi ces 46 malades ont été schématiquement constitués :

a) LE GROUPE DES MALADES AYANT RECHUTÉ DANS LES SIX MOIS DE LA PRISE EN CHARGE RÉADAPTATIVE

— Ce groupe comporte 19 malades, dont l'âge moyen est de 34 ans.

— Les résultats obtenus sont les suivants :

?	<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Mf</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>
53	57	47	58	54	56	55	65	50	53	55	51	45	51

— En conclusion, on note seulement une tendance à l'élévation du facteur *Pd* de déviation psychopathique.

b) LE GROUPE DES MALADES AYANT RECHUTÉ PLUS DE SIX MOIS APRÈS LA PRISE EN CHARGE RÉADAPTATIVE

— Ce groupe comporte 11 malades, dont l'âge moyen est de 38 ans.

— Les résultats obtenus sont les suivants :

?	<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Mf</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>
53	56	59	50	56	65	56	70	49	65	60	61	51	59

— Conclusion : ici encore, il existe une élévation du facteur *Pd*.

c) LE GROUPE DES MALADES PRIS EN CHARGE RÉADAPTA- TIVE ET N'AYANT PAS RECHUTÉ A LA DATE DU 1^{er} JAN- VIER 1963

— Ce groupe comporte 16 malades, dont l'âge moyen est de 36 ans.

— Les résultats obtenus sont les suivants :

?	<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Mf</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>
56	57	49	52	51	52	50	58	49	55	51	52	53	53

Pour les malades n'ayant pas rechuté, l'ensemble se maintient dans les limites moyennes et, ce, de façon relativement homogène.

d) REMARQUES GÉNÉRALES

Il semblerait au total que le caractère homogène et moyen des résultats à l'inventaire multiphasique soit en relation avec de meilleures chances de stabilisation du point de vue réadaptatif.

Il y a là une conclusion assez satisfaisante pour l'esprit, mais il est bien évident qu'on ne peut, dans l'immédiat, y voir qu'un motif encourageant pour des recherches ultérieures.

CONCLUSION

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota utilisé dans un service d'alcooliques chroniques récidivistes a permis d'obtenir les résultats suivants :

I. — LA MOYENNE GÉNÉRALE : pour les 233 épreuves pratiquées dans le service, la moyenne générale se situe dans la zone moyenne avec une légère pointe d'élévation à la rubrique « Déviation psychopathique » et un léger déficit pour la tendance « Détermination sexuelle ».

II. — UNE ÉTUDE PLUS DÉTAILLÉE EN FONCTION DES FORMES CARACTÉRO-CLINIQUES confirme la réalité clinique de deux groupes caractérologiques principalement observés dans le Service Spécial :

a) Le premier est centré sur la notion de « troubles du caractère et du comportement » (mentalité « psychopathique ») de certains auteurs.

Il s'agit de sujets violents, impulsifs, avec tendances athléticoïdes au point de vue morphologique.

Les chiffres obtenus dans cette rubrique sont dans l'ensemble inférieurs à ceux obtenus pour la moyenne générale de l'échantillonnage.

On peut souligner la ressemblance de ces sujets avec les adolescents à structure ($d + e + f$) du questionnaire Woodworth-Heuyer, étudiés antérieurement dans la thèse de CATTEZ, et qui se présentent en internat de caractériels comme des sujets plutôt trop calmes, à pulsions peu nombreuses, mais généralement importantes et parfois graves.

b) Le second groupe est centré sur la notion de « déséquilibre psychique » (mentalité « névrotique ») de certains auteurs.

Il s'agit de sujets instables, à émotivité labile, avec asthénodie morphologique relative, fréquentes réactions, suicides et automutilatrices, délinquants mineurs, généralement exempts d'agressivité.

Dans ce deuxième groupe, les profils obtenus au MMPI ont en général des chiffres plus élevés, et ceci dans la plupart des postes, que les chiffres de la moyenne générale de l'échantillonnage.

A ces sujets correspondent les adolescents à structure ($a + b + c$) du questionnaire Woodworth-Heuyer, étudiés dans le travail cité ci-dessus : sujets à fautes graves mais moins graves que celles des sujets du premier type.

III. — SUR LE PLAN RÉADAPTATIF : les profils ont été étudiés chez 46 malades de l'échantillonnage général, malades qui ont été soumis au test au cours de leur traitement dans le service et qui ont fait par la suite, à leur sortie, l'objet de prise en charge réadaptative.

Chez les 16 sujets n'ayant pas rechuté depuis, les courbes obtenues sont dans l'ensemble plus régulières que chez les sujets ayant rechuté à une date quelconque.

IV. — Il semble donc que, pour s'en tenir à des comparaisons de groupes, des recherches ultérieures puissent être valablement poursuivies pour permettre de préciser si possible les virtualités réadaptatives des alcooliques chroniques et organiser, en fonction des groupes mis en évidence, des modalités aussi nuancées que possible de réadaptation sociale.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSEN (A.L.). — Personnal changes following prefrontal lobotomy. (*J. Consult. Psychol.*, 1949, 13, 105-107.)
- BURTON (A.) and BRIGHT (C.J.). — Adaptation of the MMPI for group administration and rapid scoring. (*J. Consult. Psychol.*, 1946, 10, 99-103.)
- CARDINET (J.), HUNT (H.F.). — L'influence de l'attitude des sujets sur la composition factorielle du MMPI. (*Rev. de Psych. Appl.*, 1955.)
- CLARK (J.H.). — Application of the MMPI in differentiating AWOL recidivists from non recidivists. (*J. Psychol.*, 1948, 26, 229-234.)
- CLICKLEY (H.). — The mask of sanity. (Saint-Louis, C.V. Mosby, 1941.)
- CORSINI (R.J.). — A time and motion study of hand scoring the individual MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1949, 13, 62-63.)
- COTTLE (W.C.). — Card versus booklets forms of the MMPI. (*J. Appl. Psychol.*, 1950, 34, 255-259.)
- DAVIS (C.E.). — The MMPI. A new method of scoring and analysis. (*J. Clin. Psychol.*, 1947, 3, 298-301.)
- DELAY (J.), PICHOT (P.), PERSE (J.). — Méthodes psychométriques en clinique. Tests mentaux et interprétation. (Paris, Masson et Cie, 1955, 130-181.)
- DELAY (J.), PICHOT (P.), PERSE (J.). — La détection de la simulation à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota : MMPI. (*Rev. Psychol. Appl.*, 1960, vol. 10, n° 4, 249-262.)
- DRAKE (L.E.). — A social I.E. scale for the MMPI. (*J. Appl. Psychol.*, 1946, 30, 51-54.)
- DRAKE (L.E.). — A method for machine scoring the card form of the MMPI. (*J. Educ. Res.*, 1947, 41, 139-141.)

- DRAKE (L.E.). — A further validation of the social I.E. scale for the MMPI. (*J. Educ. Res.*, 1948, 41, 551-556.)
- FERGUSON (R.G.). — A useful adjunct to the Minnesota personality inventory scoring and analysis. (*J. Clin. Psychol.*, 1946, 2, 248-253.)
- FRIEDMANN (S.H.). — Psychometric effects of frontal and parietal lobe brain damage. (Univ. Minn., 1950.)
- GOUGH (H.G.). — A new dimension of status : I. Development of a personality scale. (*Amer. Sociol. Rev.*, 1948, 13, 401-409.)
- GOUGH (H.G.). — A new dimension of status : II. Relationship of the St scale and to other variables. (*Amer. Sociol. Rev.*, 1948, 13, 534-537.)
- GOUGH (H.G.). — A new dimension of status : III. Discrepancies between the St scale and « objective » status. (*Amer. Sociol. Rev.*, 1949, 14, 275-281.)
- GOUGH (H.G.). — Personality correlates of social and ethnic attitudes among high school students. (Univ. Minn., 1949.)
- GOUGH (H.G.). — The F minus K dissimulation index for the MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1950, 14, 408-413.)
- GOUGH (H.G.), MAC CLOSKEY (H.) and MEEHL (P.E.). — A personality scale for social responsibility. (*J. Abnorm. Sociol. Psychol.*, 1952, 47, 73-80.)
- GOUGH (H.G.), MAC CLOSEY (H.) and MEEHL (P.E.). — A personality scale for dominance. (*J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1951, 46, 360-366.)
- GULDE (C.J.) and ROY (H.L.). — A note of the scoring of the MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1947, 11, 221-222.)
- HANVIK (L.J.). — Some psychological dimensions of low back pain. (Univ. Minnesota, 1949.)
- HATHAWAY (S.R.). — The personality inventory as an aid in the diagnosis of psychopathic inferiors. (*J. Consult. Psychol.*, 1939, 3, 112-117.)
- HATHAWAY (S.R.). — A coding system for MMPI profiles. (*J. Consult. Psychol.*, 1947, 11, 334-337.)

- HATHAWAY (S.R.) and MAC KINLEY (J.C.). — A multiphasic personality schedule (Minnesota) : III. Construction of the schedule. (*J. Psychol.*, 1940, 10, 249-254.)
- HATHAWAY (S.R.) and MAC KINLEY (J.C.). — A multiphasic personality schedule (Minnesota) : III. The measurement of symptomatic depression. (*J. Psychol.*, 1942, 14, 73-84.)
- HATHAWAY (S.R.) and MEEHL (P.E.). — An atlas for the clinical use of the MMPI. (Minneapolis, Univ. Minn. Press, 1951.)
- HENDERSON (D.K.) and GILLEPSIE (R.D.). — A text book of psychiatry (7th ed.). (New York, Oxford Univ. Press, 1950.)
- HOLZBERG (J.D.) and ALESSI (S.). — Reliability of the shortened MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1949, 13, 288-292.)
- HORST (P.). — The prediction of personal adjustment. (*Soc. Sci. Res. Coun. Bull.*, 1941, n° 4, 1-156.)
- HUNT (H.F.). — The effect of deliberate deception on MMPI performance. (*J. Consult. Psychol.*, 1948, 12, 396-402.)
- KRISE (E.M.). — A short method of scoring the MMPI. (*J. Clin. Psychol.*, 1947, 3, 386-392.)
- MAC KINLEY (J.C.) and HATHAWAY (S.R.). — A multiphasic personality schedule (Minnesota) : II. A differential study of hypochondriasis. (*J. Psychol.*, 1940, 10, 255-268.)
- MAC KINLEY (J.C.) and HATHAWAY (S.R.). — A multiphasic personality schedule (Minnesota) : IV. Psychasthenia. (*J. Appl. Psychol.*, 1942, 26, 614-624.)
- MAC KINLEY (J.C.) and HATHAWAY (S.R.). — The identification and measurement of the psychoneurosis in medical practice : the MMPI. (*J. Amer. Med. Ass.*, 1943, 122, 161-167.)
- MAC KINLEY (J.C.) and HATHAWAY (S.R.). — The MMPI : V. Hysteria, hypomania and psychopathic deviate. (*J. Appl. Psychol.*, 1944, 153-174.)
- MAC KINLEY (J.C.), HATHAWAY (S.R.) and MEEHL (P.E.). — The MMPI : VI. The K scale. (*J. Consult. Psychol.*, 1948, 12, 20-31.)

- MAC NEMAR (Q.). — The mode of operation of suppressant variables. (*Amer. J. Psychol.*, 1945, 58, 554-555.)
- MANSON (M.P.) and GRAYSON (M.H.). — Keysort method of scoring the MMPI. (*J. Appl. Psychol.*, 1946, 30, 509-516.)
- MEEHL (P.E.). — A simple algebraic development of Horst's suppressor variables in the MMPI. (*Amer. Psychol.*, 1945, 58, 550-554.)
- MEEHL (P.E.) and HATHAWAY (S.R.). — The K factor as a suppressor variable in the MMPI. (*J. Appl. Psychol.*, 1946, 30, 525-564.)
- PICHOT (P.). — Evolution de l'emploi et des recherches sur les tests mentaux aux Etats-Unis. (*Rev. de Psychol. Appl.*, 1954.)
- PICHOT (P.). — Les méthodes dans l'emploi des tests mentaux en psychopathologie (validation des tests de persévération : validation du MMPI). (*Bulletin de Psychol.*, t. XII.)
- SCHOFIELD (W.). — Changes in responses in the MMPI following certain therapies. (*Psychol. Monogr.*, 1950, 64, n° 311.)
- SNEIDMAN (E.S.). — A short method of scoring of the MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1946, 10, 143-145.)
- TERMAN (L.M.) and MILES (C.C.). — Sex and personality. (New York, Mac Graw-Hill, 1936.)
- WELSH (G.S.). — An extension of Hathaway's MMPI profile coding system. (*J. Consult. Psychol.*, 1948, 12, 343-344.)
- WELSH (G.S.). — Some practical uses of MMPI profile coding. (*J. Consult. Psychol.*, 1951, 15, 82-84.)
- WELSH (G.S.) and DAHLSTROM (W.C.). — Basic readings on the MMPI in psychology and medicine. (Minneapolis, University of Minnesota Press, 1956.)
- WIENER (D.N.). — Differences between the individual and group forms MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1947, 11, 104-106.)
- WIENER (D.N.). — Subtile and obvious keys for the MMPI. (*J. Consult. Psychol.*, 1948, 12, 164-170.)
- WINNE (J.F.). — A scale of neuroticism : an adaptation of the MMPI. (*J. Clin. Psychol.*, 1951, 7, 117-122.)